

بسمه تعالی

فرم جایجایی دانشجویان دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی

۱- نام خانوادگی: ۲- نام

جنس: مرد R زن ۴\* - شماره شناسنامه ۵- شهرستان محل صدور شناسنامه:

۶- سال تولد: ۷- نام پدر ۸- وضعیت تأهل: مجرد R متأهل \*

۹- تعداد فرزندان: —

۱۰- شهر و استان محل اقامت والدین: شهر یزد استان یزد

۱۱- سال ورود به دانشگاه: بهمن ۸۶ ۱۲- نام دانشگاه محل تحصیل: علوم پزشکی تبریز

۱۳- نام رشته و گرایش آن: نام رشته: ..... گرایش: ..... دبیری: ..... غیردبیری: .....

۱۴- تعداد ترمهای گذرانده شده تا کنون: یک ترم

۱۵- مقطع تحصیلی: کاردانی — کارشناسی پیوسته — کارشناسی ناپیوسته ..... کارشناسی ارشد پیوسته —

۱۶- تعداد واحدهای قبولی: — واحد ۱۷- معدل کل واحدهای گذرانده شده: —

۱۸- واجد کدام یک از شرایط زیر هستید؟

شاهد \* جانباز \* معلول \* سرپرست R

۱۹- متقاضی جایجایی به کدام دانشگاه می باشید؟ نام دانشگاه

اینجانب ..... دستورالعمل جایجایی را به دقت مطالعه و فرم فوق را تکمیل نمودم مسئولیت هر گونه اطلاعات نادرست را بعهده می گیرم.

رئیس دانشکده محل تأیید مهر و امضاء امور آموزشی دانشگاه محل امضاء دانشجو

تاریخ:

(این قسمت براساس بند ۱۲ دستورالعمل جایجایی توسط دانشگاه مقصد تکمیل خواهد شد)

«جدول امتیازدهی موضوع بند ۱۲ دستورالعمل جایجایی»

عوامل امتیاز	دانشجوی دختر	دانشجوی متأهل	تعداد فرزندان دانشجو	معدل کل	شهر دانشگاهی محل اقامت خانواده دانشجو	فرزند شاهد	جانباز	سرپرست خانواده	معلول	جمع

